REGROUPEMENT TOPOGRAPHIQUE

Docteur ysmail dahlouk

Syndrome dementiel

- Altération chronique (supérieur à 6 mois) et acquise du fonctionnement cognitif d'un individu par rapport à son état de base
- Retentissement sur la vie quotidienne et sur l'autonomie
- Touchant la mémoire et au moins une autre fonction supérieure:
- ➢ Attention
- ➢ Jugement, raisonnement logique
- ➢ Orientation spatio-temporelle
- ➢ Fonctions instrumentales: praxie , phasie , gnosie
- ➢ Fonctions exécutives: planification de tâches

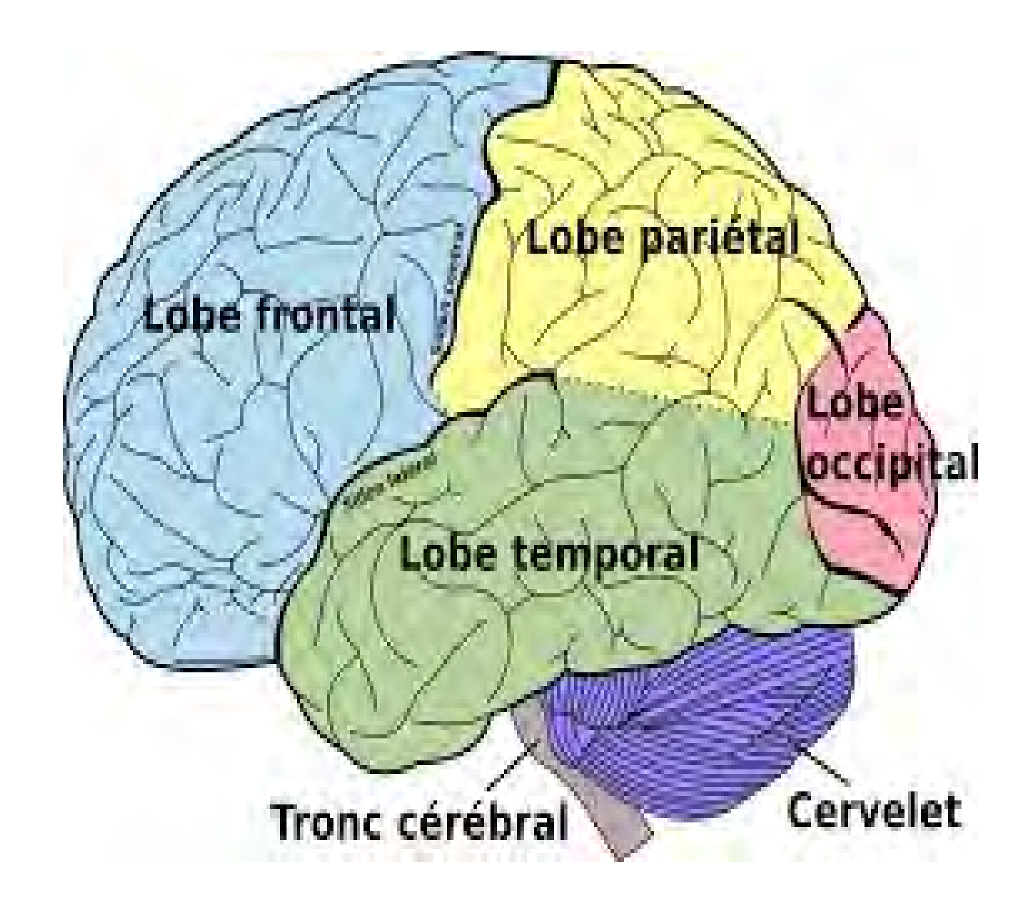
Syndrome d'hypertension intracrânienne subaigüe

- Céphalées:
  - En casque
  - Pulsatiles
  - Impulsives
  - Positionnelles , augmentées par le décubitus
  - Maximales au réveil
- Vomissements:
  - a l'acmé des céphalées, le matin
  - En jet
  - Soulagent les céphalées
- Troubles oculomoteur:
  - Paralysie du VI

Syndrome méningé

- Céphalées:
  - Intenses
  - Diffuses, en casque
  - Insomniantes
  - Accompagnées de phono/photophobie
- Vomissements
- Raideur méningée
  - Raideur de nuque
  - Signe de kernig:impossibilité d'être assis jambes rendues
  - Signe de brudzinski:l'élévation d'une jambe tendue entraîne la flexion de la jambe controlatérale
- Position en chien de fusil

Syndrome hémisphérique



Syndrome frontal

- Trouble de la personnalité et du comportement:
- ➢ Apathie
- ➢ Désinhibition, euphorie , impulsivité
- Persévérations :troubles de la flexibilité :
- ➢ Séquences de luria :
- ❖ Impossibilité de réaliser des séquences de type paume/tranche/poing avec la main
- ➢ Diminution de la fluence du langage
- ➢ Aimantation du regard
- ➢ Troubles de la mémoire , de la mémoire, de problème
- ➢ Grasping reflexe

Syndrome temporal

- **L'aphasie de Wernicke** est le principal signe d'atteinte du lobe temporal de l'hémisphère majeur.
  Elle résulte d'une lésion de la partie postérieure des deux premières circonvolutions temporales (T1, T2) et de la partie adjacente du lobe pariétal (gyrus supra marginal et pli courbe).
- **Agnosies auditives :** pour les bruits, la musique (amusie), les mots (surdité verbale pure)
- **Quad anopsie latérale homonyme supérieure** (par atteinte des radiations optiques à la profondeur du lobe)
- **Confusion mentale ou états dépressifs** dans les lésions du lobe temporal droit.
- **Amnésies antérogrades** lors d'atteintes des deux hippocampes.
- **Crises d'épilepsie**
  – Simples, élémentaires (bruits, sons) ou élaborées (air de musique)
  – Complexes, d'une grande diversité.

Syndrome pariétal

- **Déficits sensitifs**
  - Déficits sensitifs élémentaires (hypo ou anesthésies) hémi corporels controlatéraux.
  - L'**extinction sensitive** et l'**astéréognosie** se recherchent en l'absence de déficit sensitif élémentaire (ou seulement un déficit modéré) et quand elles existent sont très évocatrices d'une lésion pariétale
- **Troubles du schéma corporel**
  - Hémisphère mineur : hémi asomatognosie.
    Plus rarement, on observe des illusions corporelles : phénomène de la main étrangère, le malade ne reconnaissant plus comme étant sienne sa main gauche, ou la percevant comme étant celle d'un étranger. Parfois il s'agit d'une impression de membre surnuméraire ou du sentiment d'absence d'un membre ou d'un segment de membre.
  - Hémisphère dominant : agnosie digitale, indistinction droite/gauche.
- **Troubles visuo spatiaux**
  - Quad anopsie inférieure controlatérale (atteinte des radiations optiques)
  - Négligence visuo spatiale (le malade néglige les objets ou les personnes situées dans son hémi espace, généralement le gauche chez les droitiers)
- **Apraxies, gestuelle, constructive, de l'habillage**
- **Aphasie, de Wernicke** (lésion du gyrus supramarginalis et du pli courbe, situés respectivement à la partie antérieure et à la partie postérieure de P2), de conduction (lésion du faisceau arqué) ou transcorticale sensorielle , agraphie.
- **Les crises épileptiques** peuvent être
  - Partielles simples, somatosensitives, aphasiques
  - Partielles complexes

Syndrome cérébelleux

- **Incoordination cérébelleuse:**
- Dans le temps :
- Dy chronométrie
- Adiacocinésie à l'épreuve des marionnettes et des moulinets
- Tremblement d'action et d'intention
- Dans l'espace :
- Dysmétrie à l'épreuve doigts –nez
- Asynergie à l'épreuve du lever en partant de la station accroupie
- Dysarthrie cérébelleuse: voix hésitante , scandée
- **Troubles de l'équilibre et de la marche**
- Epreuve de Romberg
- Oscillations non latéralisées, non aggravées par la fermeture des yeux
- Danse des tendons
- Elargissement du polygone de sustentation
- Marche :démarche ébrieuse avec embardées
- **Hypotonie :**
- Objectivée par la manœuvre de STEWART-HOLMES :flexion contrariée du bras puis relâchement brutal: la main du sujet cérébelleux vient heurter le visage
- ROT pendulaires

Syndrome occipital

- **Déficits visuels élémentaires :**
  - Hémianopsie (ou quadranopise) latérale homonyme (HLH) controlatérale, par lésion de l'aire 17.
  - Cécité corticale (lésions bilatérales)
- **Déficits visuels complexes**
  - Négligence visuelle ou visuo spatiale.
  - Agnosies visuelles : pour les objets, les couleurs, les visages, les lettres (alexie). Un syndrome alexie-agraphie peut s'observer dans certaines lésion occipitaux-pariétales.
- **Crises d'épilepsie,** rares, simples (phosphènes) ou complexes (animaux, personnages, scènes).
- **Métamorphopsies** (vision déformée des objets) et hallucinations visuelles (perceptions sans objets), peuvent se rencontrer dans des contextes pathologiques autres que l'épilepsie (aura migraineuse par exemple).

Syndrome pyramidal

- Déficit moteur
- Hypertonie spastique
- Hyperréflexie:
  - ROT vifs, diffusés, poly cinétiques , avec réflexogène étendue
  - Signe Babinski
  - Signe de Hoffman
- Clonus de rotule

Schéma pyramidal

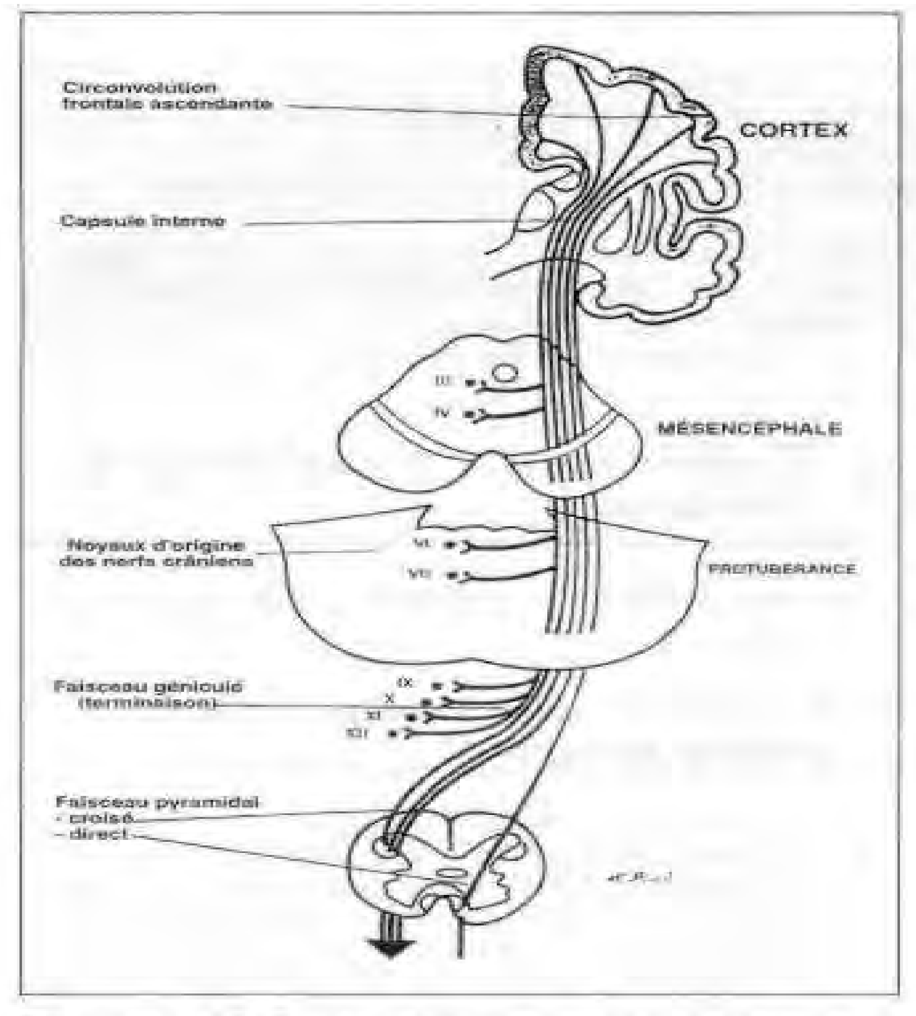


Figure n° 1. Le faisceau pyramidal et le faisceau géniculé.

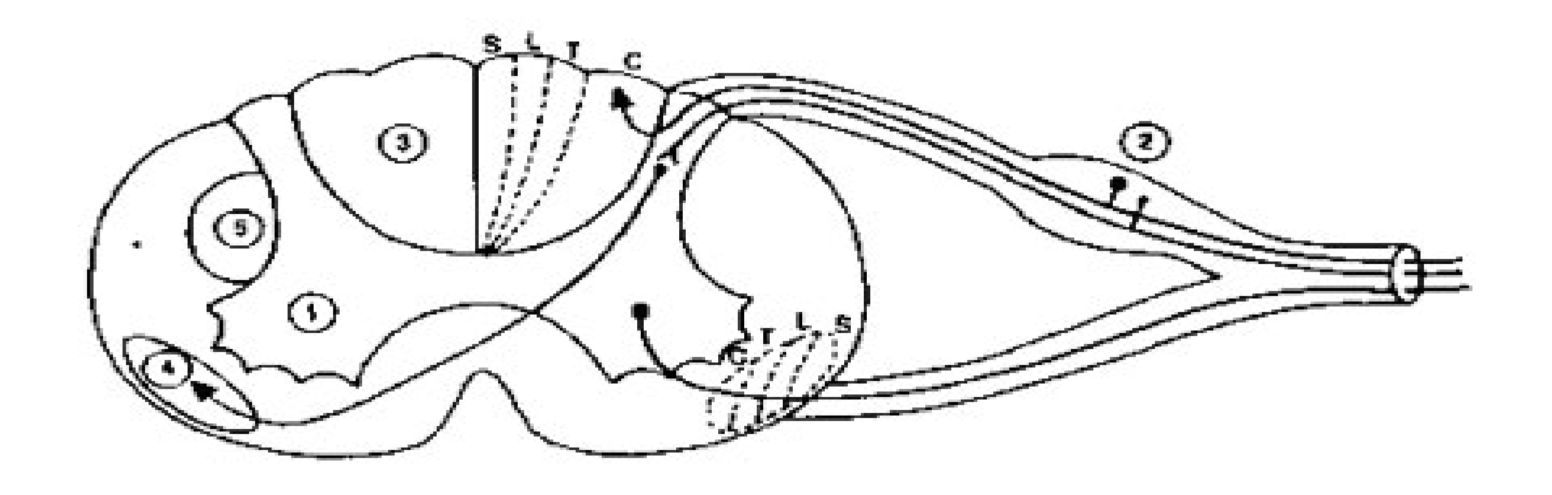
Syndrome cordonal postérieur

- Déficit sensitif superficiel au tact , hémi corporel homolatéral
- Déficit de la sensibilité profonde: hypo-pallesthésie , astéréognosie
- Ataxie proprioceptive
- Douleurs coronales postérieures :à type d'étau
- Signe de Lhermitte: flexion de la nuque provoque une douleur à type de décharge électrique descendant le long du rachis

Syndrome vestibulaire

- Nystagmus :
- ➢ Mouvement lent du globe oculaire dans une direction
- ➢ Puis mouvement rapide correcteur dans le sens opposé
  - ➢ Côté du nytagmus :secousse rapide
  - Déviations segmentaires
  - ➢ Déviation des index:
  - ❖ Sujet assis au bord du lit , index pointés devant lui, yeux fermés
  - ❖ Déviation des index du côté de la lésion
  - ➢ Marche en étoile
  - ➢ Piétinement aveugle de FUKUDA
  - Troubles de l'équilibre:
  - ➢ Épreuve de Romberg: chute latéralisée aggravée par la fermeture des yeux
  - ➢ Déviation latéralisée lors de la marche

Syndrome médullaire



Représentation schématique des principales structures motrices et sensitives sur une coupe horizontale de moelle cervicale.

1. Corne antérieure (neurone moteur périphérique.
2. Ganglion rachidien (neurone sensitif périphérique)
3. Faisceau de Goll et Burdach (cordon postérieur).
4. Faisceau spino-thalamique.
5. Faisceau pyramidal.

Syndrome médullaire

- **a) Le syndrome lésionnel**
- désigne le siège de la lésion. Il peut s'agir :
- d'un syndrome radiculaire, intercostal ou cervico-brachial
- d'un syndrome rachidien (douleur localisée, tenace et croissance, facilement déclenchée par la percussion)
- **b) Le syndrome sous-lésionnel**
- traduit la souffrance des cordons médullaires, en dessous de la lésion. Il comprend, isolément ou en associations variées, un syndrome pyramidal (réflexes tendineux diffusés, clonus du pied, signe de Babinski), un syndrome cordonal postérieur (déficit proprioceptif), un syndrome spino-thalamique (déficit thermoalgésique avec parfois distorsion, retard et diffusion du stimulus). La limite supérieure des troubles sensitifs définit un **niveau sensitif**, très caractéristique, mais ne constituant pas nécessairement un niveau lésionnel (+++)
  Niveau sensitif
- **c) L'absence de syndrome supra-lésionnel**
- (aucun signe neurologique au-dessus du syndrome lésionnel)

  Il convient de noter que, selon le type de la compression, on peut n'observer que le syndrome lésionnel ou le syndrome sous-lésionnel.
- **3. Quatre autres syndromes sont typiquement médullaires :**
- **a) Le syndrome de Brown-Séquard**
- Syndrome de Brown-Séquard
- traduit une lésion d'une hémi-moelle. Il comprend : du côté de la lésion, un syndrome pyramidal et un syndrome cordonal postérieur ; de l'autre côté, un syndrome spin-thalamique. En pratique, il est toujours seulement ébauché, le syndrome pyramidal prédominant d'un côté, le syndrome spino-thalamique de l'autre.

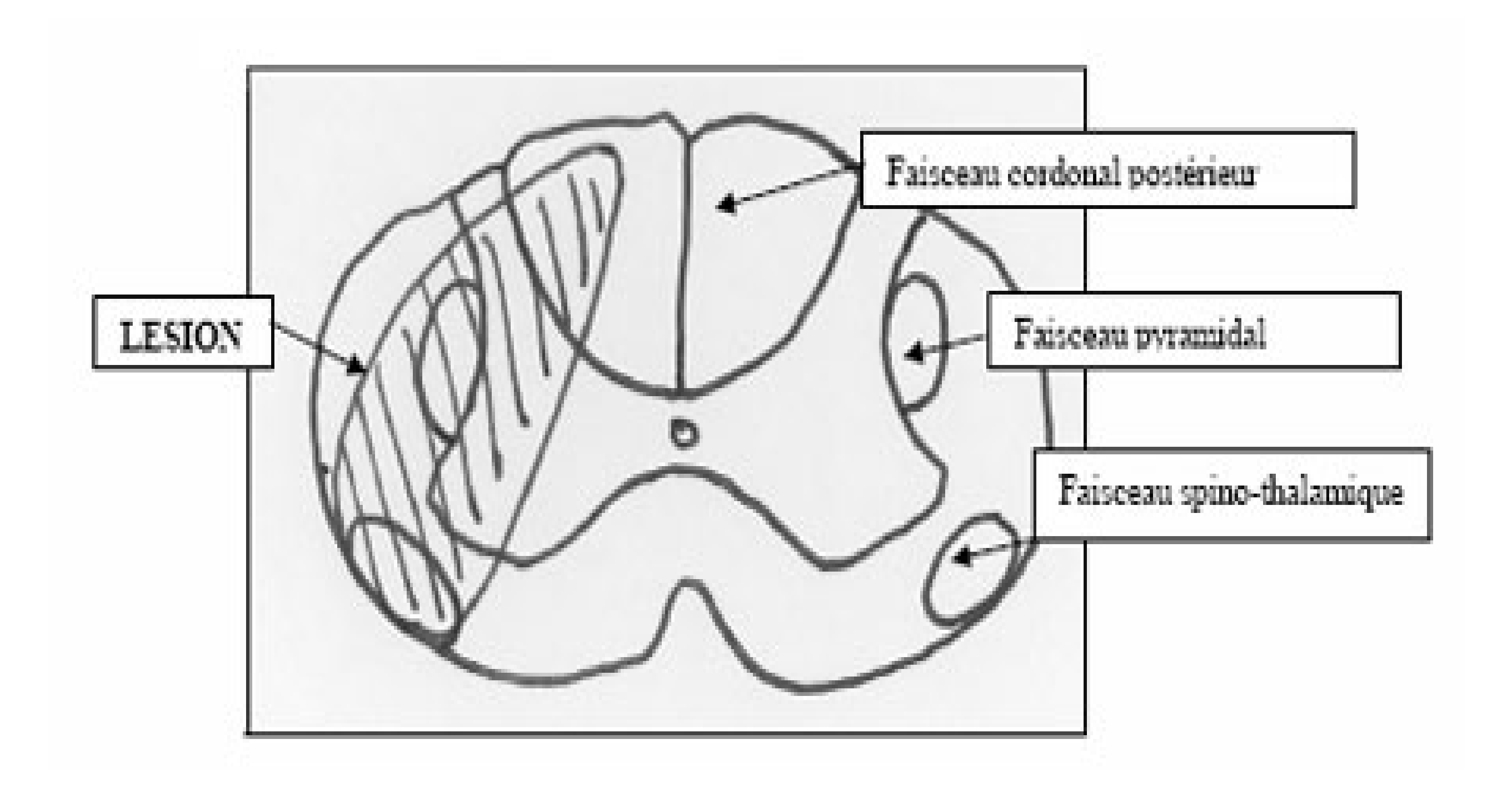
Brown squard

lésion d'une hémi-moelle.

côté de la lésion: un syndrome pyramidal et un syndrome cordonal postérieur

côté opposé: un syndrome spino-thalamique.

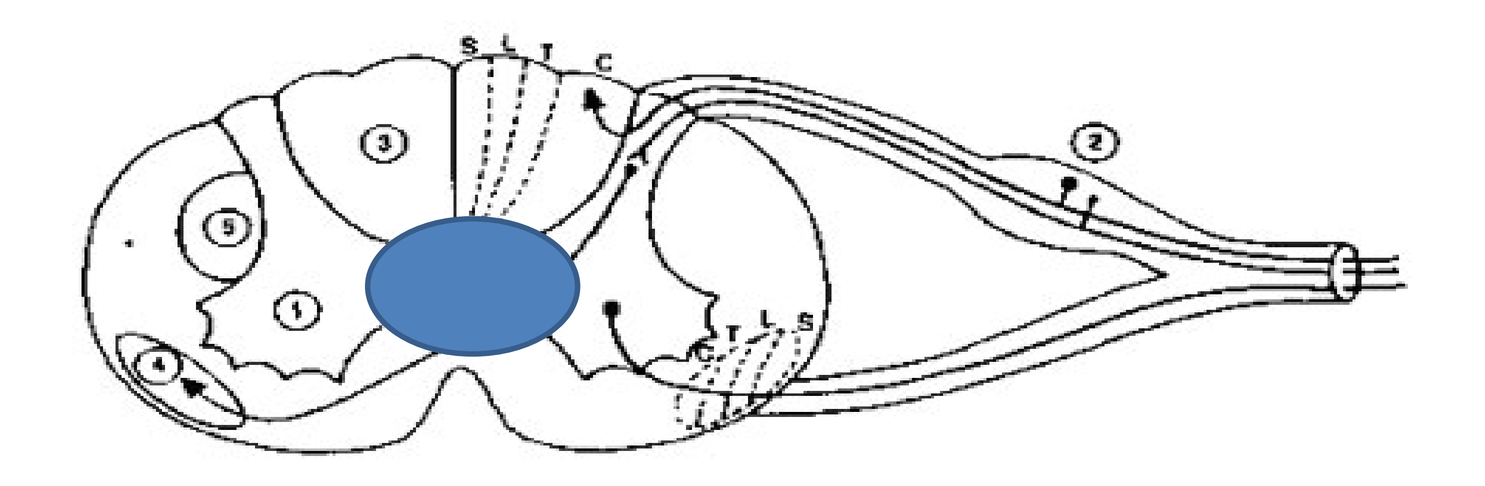
Hemilésion


LESION
Faisceau cordonal postérieur
Faisceau pyramidal
Faisceau spino-thalamique

SYRINGOMYELIE

- témoigne d'une lésion du centre le moelle. Il est caractérisé par un déficit sensitif dissocié (car purement thermoalgique) et suspendu à quelques métamères. Il comporte des douleurs spino-thalamiques (brûlures) et des troubles trophiques secondaires à l'insensibilité à la douleur : multiples cicatrices des mains, arthropathie scapulaire. Il s'explique par l'interruption des fibres spino-thalamiques, qui décussent obliquement, près du canal de l'épendyme, au centre le moelle. Un syndrome neurogène périphérique peut s'y associer (par extension de lésion vers la substance grise médullaire) de même qu'un syndrome sous-lésionnel et parfois un syndrome bulbaire (quand le processus pathologique s'étend vers le bulbe

Spino thalamique



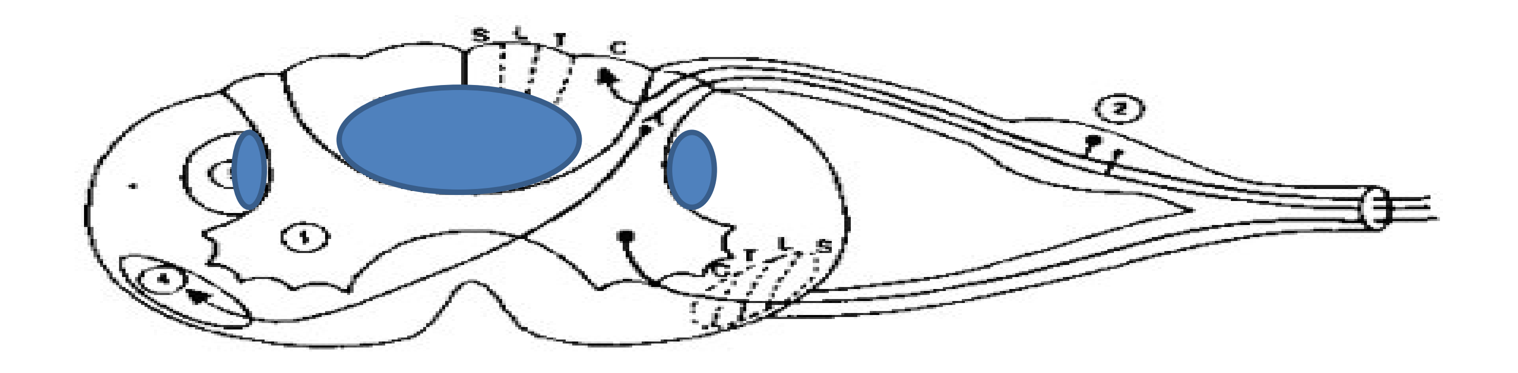
Représentation schématique des principales structures motrices et sensitives sur une coupe horizontale de moelle cervicale.

1. Corne antérieure (neurone moteur périphérique.
2. Ganglion rachidien (neurone sensitif périphérique)
3. Faisceau de Goll et Burdach (cordon postérieur).
4. Faisceau spino-thalamique.
5. Faisceau pyramidal.

Le syndrome de sclérose combinée

- médullaire associe un syndrome pyramidal et un syndrome cordonal postérieur

Sclérose combinée



Représentation schématique des principales structures motrices et sensitives sur une coupe horizontale de moelle cervicale.

1. Corne antérieure (neurone moteur périphérique.
2. Ganglion rachidien (neurone sensitif périphérique)
3. Faisceau de Goll et Burdach (cordon postérieur).
4. Faisceau spino-thalamique.
5. Faisceau pyramidal.

Le syndrome du cône terminal

un syndrome de la queue de cheval et d'un syndrome pyramidal.

Syndromes alternés

- Un syndrome alterne se définit par la présence, du côté de la lésion, des signes d'atteinte d'un ou plusieurs nerfs crâniens, et de l'autre côté de la lésion par des signes d'atteinte d'une voie longue, pyramidale, sensitive ou cérébelleuse

Syndrome wallenberg

- C'est un syndrome alterne, bulbaire, résultant d'une lésion du territoire rétro-olivaire.
- Le plus souvent, il est du à l'occlusion de l'artère de la fossette latérale du bulbe, branche de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure, elle-même branche de l'artère vertébrale

Syndrome de wallenberg

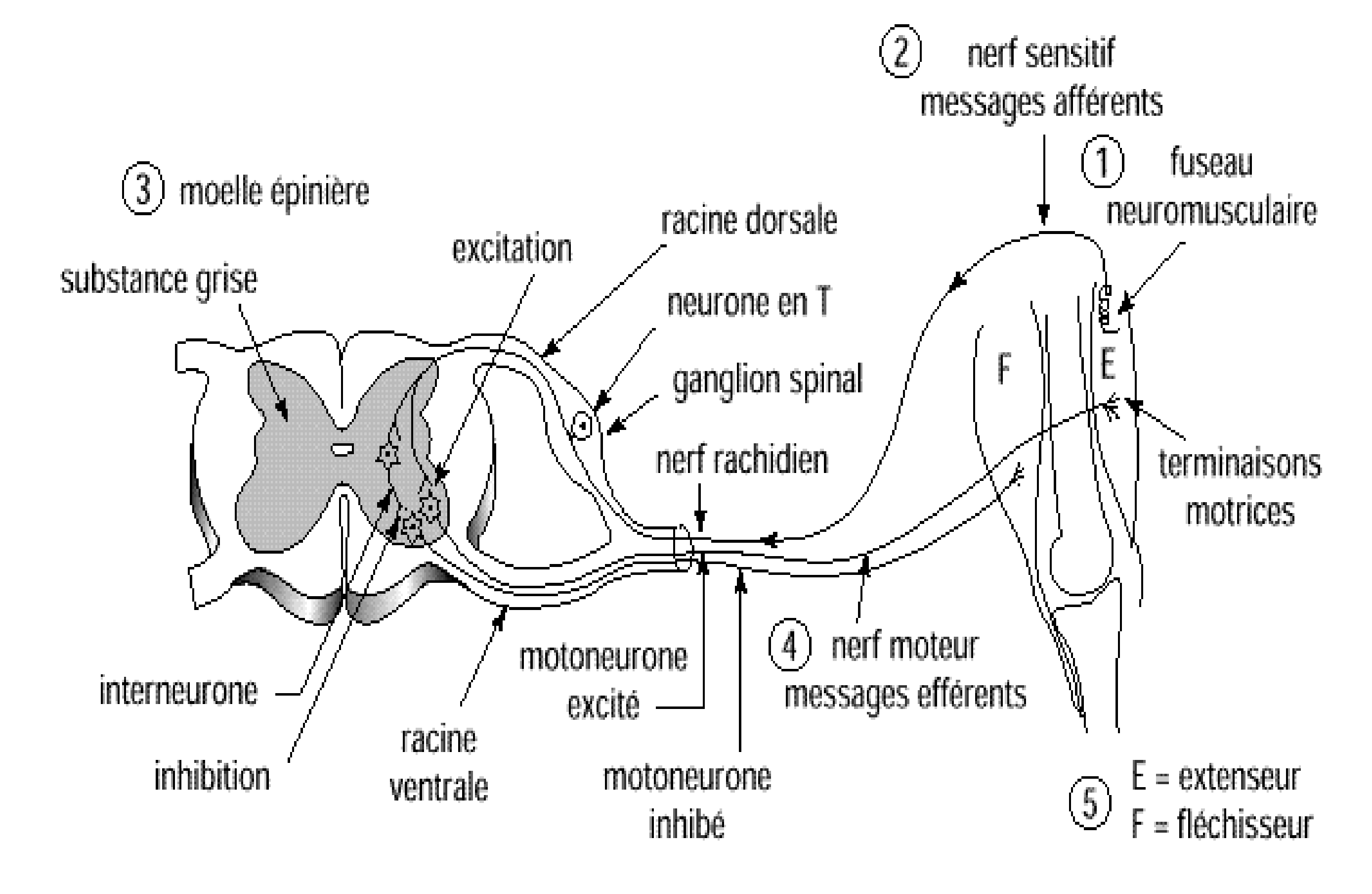
- Il débute par un **grand vertige**, rotatoire avec nausées et vomissements, du à une atteinte du noyau vestibulaire.

  Du côté de la lésion :
- un nystagmus
- un syndrome cérébelleux, avec ataxie majeure
- un signe de Claude Bernard Horner
- une atteinte du V (hypo ou anesthésie faciale)
- une paralysie du voile du palais. Celle-ci, due à une lésion du noyau ambigu, est à l'origine de fausses routes alimentaires, qui compromettent le pronostic vital, car pouvant être à l'origine d'une pneumopathie d'inhalation, si l'alimentation orale n'est pas totalement suspendue.

  Du côté opposé à la lésion: l'hémicorps est le siège d'un syndrome spinothalamique, avec anesthésie thermo algique, épargnant la face (des séquelles douloureuses – brûlures – sont possibles).

- Cette forme pure du syndrome de Wallenberg est en fait rarement observée. Le plus souvent, le syndrome est incomplet, ou bien des signes associés s'observent, comme par exemple une diplopie ou une hémiparésie.

Syndrome périphérique



Syndrome neurogène périphérique

- **Atteinte sensitive:**
- ➢ Troubles subjectifs :douleurs neuropathiques , paresthésies , dysesthésies
- ➢ Troubles objectifs :
- ❖ Sensibilité superficielle: tactile , thermo-algique
- ❖ Sensibilité profonde; proprioception,arthrokinésie , ataxie proprioceptive
- **Atteinte motrice:**
- ➢ Déficit moteur
- ➢ Hypotonie
- ➢ Abolition des ROT
- ➢ Fasciculations
- ➢ Crampes
- ➢ Amyotrophie
- **Troubles trophiques et neurovégétatifs:**
- ➢ Hypotension
- ➢ Troubles de la sudation
- ➢ Troubles vésico-sphéctériens
- ➢ Troubles trophiques avec hyperkératose aux points d’appui

Radiculopathie

- **Rappel anatomique**
- **Les racines spinales** (médullaires) sont au nombre de 31 paires (8 cervicales, 12 thoraciques, 5 lombaires, 5 sacrées et 1 coccygienne). Les 7 premières portent le nombre de la vertèbre sous-jacente à leur émergence du rachis. La racine C8 sort du canal spinal entre les vertèbres C7 et T1. Les autres racines portent le nom de la vertèbre sus-jacente à leur émergence. Les racines antérieures (motrices) et postérieures (sensitives) se réunissent dans le canal spinal, qu'elles quittent par le foramen intervertébral (trou de conjugaison). La moelle spinale étant plus courte que le canal spinal (elle s'arrête en regard de L1), les racines décrivent de haut en bas un trajet de plus en plus oblique pour rejoindre le foramen intervertébral correspondant. D'où un décalage entre le niveau métamérique de la racine en regard de la moelle et son niveau d'émergence.
- Après avoir quitté le rachis, le nerf spinal (rachidien), réunion des racines antérieures et postérieures, se divise en branches postérieures (innervation de la peau et des muscles de la partie postérieure du corps) et antérieures (innervation de la peau et des muscles de la partie antérieure du corps).
  Les branches antérieures s'anastomosent en un plexus (cervical de C1 à C4, brachial de C5 à T1, lombaire de L1 à L4, sacré de L5 à S3), plexus d'où sont issus des **troncs nerveux** . Seules les branches antérieures des nerfs spinaux thoraciques sont dépourvues de plexus.

- **I – Syndromes radiculaires**
- **1. Sémiologie générale. Eléments du diagnostic**
- **A. Symptômes**
- **La DOULEUR RADICULAIRE (RADICULALGIE) : le maître symptôme**
  – **Naît du rachis** . Souvent associée à une rachialgie (cervicalgie, dorsalgie, lombalgie)
  – **Irradie** le long d'un dermatome de façon traçante selon un trajet systématisé, par exemple le long de la racine C7 Syndrome radiculaire C7
  – **Exacerbée** par la mise en tension de la racine (toux, éternuement, défécation, mobilisation du rachis) et calmée par le repos (mais il est des exceptions : recrudescence nocturne parfois).

Syndromes radiculaires

- **Les paresthésies** , inconstantes, mais parfois résumant la symptomatologie, également systématisées à un dermatome.
- **B. Signes cliniques**
- Signes rachidiens : raideur segmentaire, attitude antalgique, contracture paravertébrale, torticolis cervical.
- Signes radiculaires :
  - Reproduction de la douleur par des manœuvres d'étirement de la racine (cf. infra le signe de Lasègue dans les radiculalgies L5 et S1) ou les efforts à glotte fermée.
    Signe de Lasègue
  - Déficit sensitif : très inconstant, le plus souvent limité à la partie distale du dermatome (en raison des recouvrements anatomiques des dermatomes).
  - Déficit moteur inconstant, systématisé
  - Aréflexie ostéo-tendineuse (si la racine véhicule un arc réflexe analysable)
  - Troubles végétatifs, vasomoteurs (cyanose, refroidissement) ou trophiques (peau sèche).
- Toujours chercher des signes médullaires associés, car un syndrome radiculaire cervical ou thoracique peut être l'expression lésionnelle d'une compression médullaire.
- **C. Examens complémentaires. Diagnostic**
- **Le plus souvent inutiles** : le diagnostic est essentiellement clinique.
- **Parfois** , des examens peuvent être utiles :
  - L' **électrodiagnostic** en cas d'hésitation par exemple entre un syndrome radiculaire et un syndrome tronculaire.
  - L **'imagerie du rachis** n'a d'intérêt qu'en cas d'hésitation diagnostique ou dans la perspective d'un possible geste chirurgical.
    - Radiographies simples, de face, de profil, de 3/4 (cette dernière incidence pour les foramen intervertébraux)
    - Tomodensitométrie du rachis, très performante pour les structures osseuses et le disque intervertébral. (**la hernie discale est la toute première cause**

Les sciatiques

- **L5**
- Fesse
  Face postérieure de la cuisse
  Face externe de la jambe,
  Dos du pied et gros orteils
- Extenseurs des orteils,
  Péroniers latéraux et partiellement tibial antérieur

- **S1**
- Fesse
  Face postérieure de la cuisse
  Face postérieure de la jambe
  Talon, Plante du pied
  et 5ème orteil
- Triceps sural
  (flexion plantaire du pied, marche sur la pointe des pieds difficile ou impossible)

Syndrome myogène

- Déficit moteur symétrique à prédominance proximale
- Amyotrophie ou hypertrophie des masses musculaires
- Abolition des reflexes idio-musculaires
- ROT diminués
- Fatigabilité
- Myotonie
- Absence de fasciculation
- EMG :tracé myogène : tracé microvolité (très riche mais faible amplitude)